UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 10

FACULTÉ DE MÉDECINE

TRAITEMENT

DE LA

PLEURÉSIE SÉRO-FIBRINEUSE

PAR

L'AUTOSÉROTHÉRAPIE ET LA PONCTION MINIME

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Juin 1911

PAR

Mme FELDMANN, née SMIRNOFF (Varvara)

Née à Toutchina (Russie), le 29 novembre 1883

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

ESTOR, Professeur, *Président.*
RAUZIER, Professeur
LEENHARDT, Agrégé
GAUSSEL, Agrégé

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1911

TRAITEMENT

DE LA

PLEURÉSIE SÉRO-FIBRINEUSE

Par l'Autosérothérapie et la Ponction minime

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534902_0098

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 10

FACULTÉ DE MÉDECINE

TRAITEMENT

DE LA

PLEURÉSIE SÉRO-FIBRINEUSE

PAR

L'AUTOSÉROTHÉRAPIE ET LA PONCTION MINIME

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Juin 1911

PAR

M^me^ **FELDMANN, née SMIRNOFF (Varvara)**

Née à Toutchina (Russie), le 29 novembre 1883

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

ACAD. MONTPELLIER BIBL.

Examinateurs de la Thèse	ESTOR, Professeur, *Président.*	*Assesseurs*
	RAUZIER, Professeur	
	LEENHARDT, Agrégé	
	GAUSSEL, Agrégé	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agr. libre, ch. de c.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG (ch. d. fonct.)

Examinateurs de la thèse :

MM. ESTOR, *président.*	MM. LEENHARDT, *agrégé.*
RAUZIER, *professeur.*	GAUSSEL, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MÈRE

V. FELDMANN.

Sur le point de quitter cette Ecole, nous tenons à remercier les Maîtres qui nous ont guidée dans nos études.

Nous assurons M. le professeur Estor de notre reconnaissance profonde pour sa bonté sans bornes et pour tout ce qu'il a fait pour nous dans d'angoissantes circonstances. Dans les heures de désespoir nous l'avons toujours trouvé accueillant, nous craignons ne pouvoir lui exprimer assez toute notre gratitude. Il nous a attirée dès le début de nos études par son enseignement si pratique de chirurgie infantile ; nous lui devons beaucoup de notre instruction. Il nous fait aujourd'hui, en acceptant la présidence de notre thèse, un honneur dont nous le remercions sincèrement.

Nous admirions toujours les leçons brillantes et claires de M. le professeur Rauzier. Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait en faisant partie du jury de notre thèse.

A M. le professeur agrégé Gaussel nous devons notre gratitude pour son enseignement et la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner. C'est à lui que nous devons le sujet de notre thèse, nous l'en remercions.

Nous adressons nos remeciements à M. le professeur agrégé Leenhardt qui a bien voulu siéger à notre thèse.

M^me^ le docteur Gaussel, ex-chef de clinique à la Maternité, nous a témoigné une bonté à toute épreuve, qui nous touche profondément. Elle sait notre gratitude impérissable pour la sympathie qu'elle a bien voulu toujours nous montrer. Nous n'oublierons jamais les soins et le réconfort moral qu'elle nous a prodigués et nous en garderons un souvenir affectueux.

A M. le docteur Roger, chef de clinique médicale, nous exprimons toute notre sympathie et notre reconnaissance la plus profonde pour les soins si dévoués qu'il a donnés à une personne qui nous était chère.

Je garderai les meilleurs souvenirs de mes chères amies M^lle^ Schmakova et M^lle^ Levenson ; je leur adresse un profond et cordial merci pour leur bonté et leur inaltérable dévouement.

TRAITEMENT

DE LA PLEURÉSIE SÉRO-FIBRINEUSE

Par l'Autosérothérapie et la Ponction minime

INTRODUCTION

On sait depuis fort longtemps qu'à côté des pleurésies qui guérissent rapidement et sans aucun traitement spécial, il en est d'autres qui s'éternisent, dont l'épanchement reste stationnaire et qui résistent à tous les traitements y compris la ponction évacuatrice.

Il y a quelque temps, en effet, la ponction évacuatrice était de règle dans tous les cas d'épanchements pleurétiques ; on a même créé la formule : « Assèchement de la plèvre ». Plus tard l'opinion des cliniciens a considérablement changé ; des voix de plus en plus nombreuses s'élèvent contre cet abus des ponctions évacuatrices.

Grâce aux études sur les épanchements pleuraux, on est arrivé à cette conclusion, que le liquide pleural exerce une action favorable sur le poumon malade sous-jacent et sur la plèvre elle-même. Aussi l'épanchement doit-il

être respecté. L'épanchement n'est plus considéré actuellement « comme un abcès, qu'il faut finalement évacuer, mais comme une manifestation physique du processus de défense d'un organe contre l'infection » (Courmont). D'autre part on connaît le danger de l'évacuation complète, en une seule fois, des épanchements quelque peu abondants. De ces considérations est née la pratique déjà ancienne des ponctions incomplètes.

Plus récemment, et en partant de ce qui précède, on a cherché des modes de traitement qui, sans évacuer le liquide, permettent à la plèvre et à l'organisme tout entier de s'en débarrasser plus rapidement. Deux méthodes qui poursuivent ce but feront l'objet de ce travail :

I. — *L'autosérothérapie* ou *méthode de Gilbert* (de Genève) proposée par cet auteur au Congrès de médecine de Rome en 1894, qui consiste en injection sous la peau du malade d'une faible quantité de liquide séreux retiré de sa plèvre.

II. — *La ponction minime*, qui, comme son nom l'indique, est une simple évacuation d'une petite quantité de l'exsudat.

Plan. — Après un court aperçu historique (chapitre I) et un exposé de la technique (chapitre II), nous résumerons les observations publiées par les auteurs (chapitre III).

Nous insisterons surtout sur l'étude clinique de l'autosérothérapie : suites de l'injection, son innocuité, ses indications (chapitre IV). Quelques mots seront consacrés à la ponction minime (chapitre V).

La physiologie pathologique fera l'objet du dernier chapitre (chapitre VI).

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Nous avons vu que c'est à Gilbert (de Genève) qu'appartient la création de l'autosérothérapie. Il rapporta au Congrès de médecine de Rome, 1894, 9 observations dans lesquelles la guérison de la pleurésie a été obtenue par l'injection sous-cutanée du liquide pleural retiré de la plèvre du même malade. L'auteur décrit la technique de la méthode et les phénomènes accompagnant l'injection.

Il conclut que ce traitement a l'avantage d'être simple comme technique, inoffensif et efficace, et par conséquent mérite d'être étudié.

Cette étude a été reprise par les auteurs italiens. Notons le travail de Scarpa, en 1896, qui crut avoir observé sous l'influence de ce traitement une amélioration de la tuberculose concomitante. Viennent en-

suite les publications de Maragliano, Landolfi, Geronzi, Fede, Costa.

En France, paraissent en 1898-99 les observations de Mongour et Gentès et de Breton (1900).

Tous ces auteurs ont suivi les règles tracées par Gilbert et n'ont en rien modifié sa technique primitive.

Jusqu'ici, à en juger d'après les observations publiées, la méthode n'aurait donné que des résultats positifs.

Arrive en 1900, au Congrès de Paris, la communication de Mongour et Gentès. Contrairement à leur première publication (2 cas positifs), où ils se sont montrés très enthousiastes, ils rapportent cette fois 82 % d'insuccès (statistique de 19 cas), ce qui leur fait dire que « la proportion de succès obtenu ne dépasse donc pas les limites d'heureuse coïncidence ».

Après ces conclusions décourageantes, la méthode semble tomber dans l'oubli. On ne trouve dans la littérature française que quelques rares observations avec résultat variable.

Pendant ce temps, en Russie, Tchigaëf (de Saint-Pétersbourg) publie en 1902 (in *Revue médicale russe* et plus tard, en 1904, au IX[e] Congrès de Pirogof, plusieurs cas de guérison, et défend l'innocuité de la méthode contre Verugesky pour qui l'injection de sérosité pleurale pourrait être toxique.

Une nouvelle série de travaux a vu le jour dans ces trois dernières années.

Gilbert qui, pendant 18 ans, n'a pas cessé d'appliquer cette méthode, trouve opportun de publier un article (1910) dans lequel il se montre très favorable à la méthode.

Tchigaëf revient également sur cette question dans un article bien documenté et intéressant. Son collaborateur Marcou publie en même temps en France ses observations recueillies à l'hôpital Sainte-Trinité dans le service de Tchigaëf. En Allemagne, Schnütgen a obtenu également de bons résultats.

Viennent ensuite de nombreuses publications, les unes avec résultats positifs comme celle de Enriquez, Durand et Weil, Mauriquand, Maillet, Boinet et Murel ; d'autres, négatifs : Le Play, Barjon, Roger et Anglada.

Quant à la ponction minime, cette méthode est toute récente. Nous ne connaissons que la publication de Lévy-Valensi et Mlle Pouzin en 1910, et encore plus récemment un article publié par M. le professeur agrégé Gaussel dans la *Revue internationale de médecine et de chirurgie*.

CHAPITRE II

TECHNIQUE

Voici la techniqne très simple de l'autosérothérapie préconisée par le créateur de la méthode :

« Après avoir pris toutes les mesures habituelles d'antisepsie, je fis une ponction exploratrice, et, m'étant assuré de la nature séreuse du liquide, je retirai l'aiguille lentement de la cavité thoracique sans la sortir de la peau, et l'inclinant obliquement je la repoussai dans le tissu cellulaire sous-cutané où j'injectai le contenu de la seringue, c'est-à-dire environ 2 cc. ; en pratiquant ainsi on évite de piquer deux fois le malade.

» L'aiguille doit être longue (n° 5) et avoir un calibre assez petit pour traverser sans difficulté l'espace intercostal que je choisis de préférence dans la région dorsale. L'obturation de la piqûre n'est pas nécessaire, car le liquide ne ressort pas ; il suffit de faire un léger massage sur la boule formée par le liquide injecté pour le

répandre dans le tissu cellulaire ; je considère même tout pansement comme superflu, car je n'ai jamais vu ni rougeur, ni irritation quelconque survenir au niveau de l'injection.»

Cette technique n'a été en rien modifiée jusqu'à nos nos jours.

Quant à la quantité du liquide injecté chaque fois et à l'intervalle qui sépare les piqûres, ils diffèrent suivant les auteurs.

Le *nombre* de piqûres varie suivant les cas à traiter.

La plupart des auteurs se contentent d'injecter 1 à 2 cc. Gilbert, Enriquez, Tchigaëf, Marcou, Schureck (de Krakow), Donzello portent cette quantité jusqu'à 2 ou 5 cc. et Mongour et Gentès à 10 et même 15 cc.

Ces doses sont considérées par Gilbert comme « exagérées et inutiles ».

Enfin Garbarini injecte des quantités croissantes de 1 à 10 cc.

Enriquez, Schnütgen, Schurek font leur injection systématiquement tous les 2 ou 3 jours jusqu'à guérison. Gilbert ne les renouvelle qu'au bout de 3 jours si aucun abaissement du niveau ne se fait constater ; cependant si la résorption, après s'être montrée assez active, s'arrête ou traîne en longueur, cet état constitue une indication pour une nouvelle injection.

Tchigaëf et Marcou laissent écouler après la première piqûre un intervalle de 8 jours et se basent, pour y recourir à nouveau, sur la marche de la résorption de l'exsudat et la courbe thermique.

Si la méthode se montre efficace, c'est après une ou deux injections que s'opère la guérison.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Nous rapportons ici les essais de ponction minime qui nous ont servi de base pour l'étude de cette question, et nous résumons dans un tableau d'ensemble les observations d'autosérothérapie que nous avons pu trouver dans la littérature médicale française, allemande et russe.

Observation I

(Résumée. — Gaussel : Soc. des Sc. méd. de Montpellier, 3 mars 1911)

M. M..., âgé de 48 ans, commence vers le milieu du mois de mai 1910 à tousser et présenter de la dyspnée d'effort ; celle-ci va en augmentant et atteint le 18 juin un degré tel que le malade appelle d'urgence le médecin.

On constate à l'examen un épanchement pleural gauche (souffle, égophonie, pectoriloquie aphone) remontant en avant jusqu'à la clavicule, en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate.

La sonorité de l'espace de Traube n'a pas complètement disparu. Le cœur est légèrement dévié à droite, bronchite légère, 40 respirations à la minute, tachycardie, pas d'œdème, traces d'albumine. Pas de fièvre.

Repos au lit, ventouses sèches ; potion à l'éther et à la morphine.

19 juin. — La dyspnée et les signes d'épanchement persistent. On juge la thoracocentèse indiquée. Un accident survenu à l'appareil oblige à interrompre l'intervention après soustraction de 60 cc. de liquide séro-fibrineux.

Les jours qui suivent, l'épanchement va en diminuant, les urines sont plus abondantes ; le liquide disparaît complètement le 27 juin. L'albumine disparaît vers le 1er juillet. Le malade est complètement rétabli vers la fin de ce mois.

Observation II

(Obs. I résumée. — Lévy-Valensi et Mlle Pouzin : Soc. méd. des hôpit. de Paris, 11 mars 1910.)

Jeune homme de 19 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, entre à l'hôpital le 7 septembre, avec signes de pneumonie lobaire de la base gauche, datant de 3 jours.

11 septembre.— La température tombe de 40° à 38°. Pas de crise urinaire, dyspnée persiste. Un épanchement pleural apparaît et augmente pendant les 5 jours suivants ; ayant atteint l'épine de l'omoplate, il reste stationnaire 3 jours.

19 septembre.— Evacuation de 20 cc. de liquide jaune citrin très fibrineux, renfermant de nombreux lymphocytes.

Le malade a passé une meilleure nuit, les jours suivants l'épanchement va en diminuant.

25 septembre.--Une nouvelle ponction ne ramène pas de liquide.

De la submatité et de l'obscurité respiratoire persistent une quinzaine de jours.

Observation III

(Obs. II résumée.— Lévy-Valensi et Mlle Pouzin, *ibid.*)

Homme de 32 ans, ayant eu une syphilis sérieuse bien traitée, entre à l'hôpital le 12 octobre 1909 avec épanchement pleural gauche remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate et datant de 5 semaines.

20 octobre. — Evacuation de 10 cc. de liquide citrin peu fibrineux ; lymphocytose moyenne ; ce liquide donne la réaction de Wassermann.

Les jours suivants l'épanchement va en diminuant et le 27 octobre on ne constate que des frottements pleuraux qui persistent d'ailleurs très longtemps.

Chez ce malade l'intradermoréaction à la tuberculine fut négative.

Observation IV

(Obs. III résumée.— Lévy-Valensi et Mlle Pouzin, *ibid.*)

Homme de 32 ans, de bonne santé habituelle (père mort de pleurésie), entre le 14 décembre avec épanchement moyen de la base droite, ayant débuté il y a 15 jours.

3 janvier. — Les signes de l'épanchement persistent. Evacuation de 20 cc. de liquide citrin très fibrineux.

7 janvier. — La respiration s'entend parfaitement.

Les frottements nombreux.

Observation V

(Obs. IV résumée.— Lévy-Valensi et Mlle Pouzin, *ibid.*)

V., 24 ans, entre 9 février. Se plaint de point de côté datant de 15 jours.

10 février. — On constate un épanchement pleural qui monte en avant jusqu'à la clavicule, en arrière jusqu'au sommet.

T. 38°. On fait la ponction de 10 cc. Le liquide est citrin et très fibrineux.

Lymphocytose moyenne.

Les jours suivants l'épanchement va en diminuant.

15 janvier. — Matité limitée à la base. Vibrations diminuées mais perçues. Pas de souffle, d'égophonie, de pectoriloquie aphone.

Observation VI

Obs. VII résumée.— Lévy-Valensi et Mlle Pouzin, *ibid.*,

Homme, 33 ans. Rien dans l'hérédité.

Entre le 9 novembre avec signes d'un épanchement pleural gauche de moyen volume, datant de 4 jours.

10 novembre.— Injection de Gilbert. Résulfats négatifs.

29 novembre.— Ponction évacuatrice : 500 cc., liquide citrin fibrineux, lymphocytose abondante.

17 janvier. — L'épanchement s'est reproduit. Ponction de 3 cc. Résultat nul.

11 février. — Ponction : 10 cc.

15 février. — Les signes physiques ne se sont pas modifiés. Ces signes disparurent à la suite d'applications répétées de pointes de feu.

TABLEAU

résumant les observations d'autosérothérapie

Numéros d'ordre	Auteurs	Age	De quel côté siège l'épanchement	Abondance de l'épanchement	Nature de la pleurésie	Etat du poumon	Autres traitements antérieurs	Temps écoulé entre le début de la maladie et l'injection	Nombre d'injections de Gilbert	Quantité injectée chaque fois	Amélioration fonctionnelle	Quantité d'urine par 24 heures		Réaction thermique	Résultat	Temps écoulé entre l'injection et la guérison	Traitements consécutifs	Durée totale de la maladie
												Avant l'injection	Après l'injection					
1	Mongour et Gentès *in* Congrès de Paris Obs. I	23	d.	jusqu'à l'angle inférieur de l'omopl.	tbc	S +; V +; R diminuée		21 j.	8	5 cc. 10 cc.	après 2e inject.	inconnue	inconnue	nulle	guérison tardive	2 m.	nul	2 m. 1/2
2	id. Obs. II	19	d.	moyen	tbc	S −; V +; R craquem. Sommet g.		19 j.	4	5 cc.					nul		inconnu	
3	id. Obs. III	23	double	abondant double	tbc	S −; V =; R inspiration soufflante			3	20 cc. 10 cc.					nul compli-cations		thoraco-centèse	
4	id. Obs. IV	70	g.	moyen	tbc	S +; V =; R inspiration soufflante		plusieurs mois	3	4 cc. 15 cc.					nul liquide augmente		3 thoraco-centèse	
5	id. Obs. V	25		variable	tbc			6-7 m.	pendant 9 m.	1-15 cc.					nul			
6	id. Obs. VI	35	g.	moyen	tbc	S −; V +; R diminuée		30 j.	3	10 cc.	notable après 1re inject.				guérison tardive	2 m.	2 thoraco-centèse	3 mois
7	id. Obs. VII	48	g.	moyen	tbc	S +; V +; R soufflante		15 j.	6	8 cc. 12 cc.					nul		thoraco-centèse	
8	id. Obs. VIII	17	g.	abondant	tbc	S +; V +; R rude		15 j.	4	10 cc.	notable après 1re inject.				incompl.		thoraco-centèse	
9	id. Obs. IX	19	d.	moyen	tbc?	S −; V +; R soufflante		10 j.	4	5 cc. 10 cc.	notable après 1re inject.				guérison	19 j.		29 j.
10	id. Obs. X	37	d.	moyen	tbc	S −; V +; R craquem.		3 m.	7	5 cc. 10 cc.					incompl.	40 j.	thoraco-centèse	4 mois
11	id. Obs. XI	25		moyen	tbc	cavernes		6 j.	1	6 cc.	immédiat.				résorption complète du liquide. Mort par tbc			
12	id. Obs. XII	20		abondant	non tbc	S +; V +; R−		12 j.	10	5 cc. 8 cc.					nul			
13	id. Obs. XIII	42		abondant	non tbc	bronchite		8 j.	6	5 cc. 10 cc.	immédiat.				résorption de l'excéd. pneumoth:	plusieurs mois	2 thoraco-centèses	
14	id. Obs. XIV	28		moyen	non tbc			25 j.	3	10 cc. 15 cc.	notable après 2e inject.				guérison	28 j.		53 j.
15	id. Obs. XV			abondant	hémorra-gique			6 m.	1	1 cc.					guérison	4 j.		
16	id. Obs. XVI	54		moyen	non tbc			38 j.	2	5 cc.					guérison	10 j.		48 j.
17	id. Obs. XVII	22		moyen	non tbc			21 j.	2	5 cc.					guérison	6 j.		27 j.
18	id. Obs. XVIII	25			non tbc			21 j. ?	2	5 cc.					guérison	7 j.		28 j.?
19	id. Obs. XIX	42		petit épan-chement	non tbc			21 j. ?	1	10 cc.					guérison	7 j.		28 j.?
20	Breton *in* Gazette des hôpitaux Obs. I	57	g.				thoraco-centèse	2 m.	6	5 cc.				légère	guérison	36 j.		3 mois
21	id. Obs. II	22		abondant				8 j.	2	5 cc.	notable après 2e inject.			légère	guérison	7 j.		15 j.
22	id. Obs. III	16	bi-latéral	très abondant				10 j.	2	5 cc.					guérison	18 j.		1 mois
23	Schnütgen *in* Bull. gén. de thérapeutiq. Obs. I	67	g.	abondant				1 j. ?	6			900 cc.	2900 cc.		guérison			37 j.
24	id. Obs. II	64			hydro-thorax			2 j.	2			650 cc.	2050 cc.		guérison			
25	id. Obs. III	35		abondant	tbc	tuberc. pulm.			1						guérison			

26	id. Obs. IV	33	g.	abondant	tbc	tuberculose bilatérale			3						guérison					
27	id. Obs. V	25	g.	moyen					2						guérison					
28	id. Obs. VI	47	d.	moyen	tbc	tuberculose bilatérale			3						guérison	8 j.				
29	id. Obs. VII		d.			bronchite chronique			2						guérison	1 m.				
30	id. Obs. VIII	67		abondant				2 j.	6						guérison	25 j.			27 j.	
31	id. Obs. IX	31							5						guérison					
32	id. Obs. X		g.		tbc	tuberculose au som. gauc.		2 j.	2			600 cc.	1500 cc.		guérison	14 j.			16 j.	
33	id. Obs. XI	51	g.			pneumo-pleurésie		3 j.	5				nul		nul					
34	Gaultier *in* Bull. gén. de thérapeut. Obs. I	50	d.	2 litres		pas de lésion		10 j.	3	2 cc.	immédiat.	1000 cc.	1500 cc. 2000 cc. 2500 cc.		guérison	23 j.			1 mois	
35	Enriquez *in* Bull. gén. de thérapeut. Obs. I		d.	abondant			lit, lait	19 j.	3	1-2 cc.		1500 cc.	2600 cc.	abaiss^t de T.	guérison	16 j.			1 mois	
36	id. Obs. II		g.	abondant		traumatique	lit, lait	13 j.	2	2 cc.	notable dès le lendemain		pas de diurèse notable	abaiss^t de T.	guérison	13 j.			1 mois	
37	id. Obs. III		d.	très abondant	ophtalmo-réact. pos.		lit, lait	10 j.	3	2 cc.		1400 cc.	2500 cc.		amélioral. réelle subm. persiste	27 j. ?			1 mois	
38	Weil et Mauriquand *in* Soc. méd. Lyon Obs. I	7	g.	abondant			ponction exploratr. 4 cc.	20 j.	3	2-3 cc.		1350 cc.	2000 cc.		guérison	8 j.			1 mois	
39	Tchigaëf *in* Rousky Wratch Obs. I	27	g.	moyen	non tbc	pas de lésion	nul	3 j.	1	1 cc.	notable après 1re inject.		1000 cc.	légère	guérison	13 j.			16 j.	
40	id. Obs. II	15	d.	moyen	non tbc	pas de lésion		6 j.	1	1 cc.			2000 cc.		guérison	5 j.			12 j.	
41	id. Obs. III	43	g.					5 sem.	2	1 cc.		900 cc.	1100 cc. 2200 cc.		guérison	13 j.			2 mois	
42	id. Obs. IV	24						3 j.	1	1 cc.	immédiat.				guérison	15 j.			18 j.	
43	Krichberger Obs. V	22	g.	jusqu'à épine de l'omoplate	hémorr.	pneumonie d.	nul	15 j.	quantit. inconn.	quantit. inconn.					nul		opération d'Evler			
44	Lévy et Pouzin Obs. VI	53	d.	abondant			nul	26 j.	1	2 cc.					nul		thoraco-centèse			
45	id. Obs. VII			moyen			nul	5 j.	1	2 cc.					nul		3 ponct. minim. résult. nul			
46	Boinet et Murel *in* Marseille méd. Obs. I	43	g.	abondant			thoraco-centèse	6 sem.	1	2 cc.		200 cc.	3500 cc.		guérison	10 j.			2 mois	
47	id. Obs. II	50	g.	abondant			thoraco-centèse	6 m.	2	2 cc.		1500 cc.	3000 cc.		guérison					
48	id. Obs. III	35	g.	abondant			3 thoraco-centèses	2 m.	2	2 cc.		800 cc.	1500 cc.		guérison	20 j.			3 mois	
49	id. Obs. IV	44	d.	abondant			4 thoraco-centèses	5 m.	1	2 cc.		700 cc.	1300 cc.		guérison	12 j.			5 m. 1/2	
50	id. Obs. V	22	g.	abondant			thoraco-centèse	15 m.	1				pas de diurèse notable		guérison					
51	id. Obs. VI	35	g.			bronch-o-pneumonie	nul	5 j.	1	2 cc.		2250 cc.	4 litres		guérison	1 mois			35 j.	
52	Roger et Anglada *in* Montpellier méd. Obs. I	30	d.	moyen	tbc			1 m. 1/2	1	5 cc.		1400 cc.	2000 cc.		nul		3 thoraco-centèses			
53	id. Obs. II	21	g.	moyen	tbc			1 m. 1/2	1	2 cc.					nul		thoraco-centèse			
54	id. Obs. III	25	g.				vésicat.	1 m.	2	4-5 cc.				nulle	nul		thoraco-centèse			
55	id. Obs. IV		g.	abondant	tbc			18 j.	3	4-5 cc.					nul		thoraco-centèse			
56	Maillet et Gaujoux Obs. I	8	g.	volumin.	tbc	bronchite disséminée	2 ponct. exploratr.	1 m.	1	10 cc.		350 cc.	900 cc.		guérison	5 j.			35 j.	

CHAPITRE IV

ÉTUDE CLINIQUE DE L'AUTOSÉROTHÉRAPIE

C'est aux travaux de Gilbert, Mongour et Gentès et Tchigaëf qu'il faut se rapporter en première ligne si l'on veut trouver une étude complète sur l'autosérothérapie. Les résultats obtenus par ces auteurs ont été discordants et cette méthode ne paraît pas avoir la même valeur aux yeux des différents observateurs. Dans ce chapitre nous étudierons :

1° Les résultats immédiats subjectifs et objectifs.

2° Les résultats éloignés.

3° Innocuité de la méthode.

4° A la fin de cette étude, nous tâcherons de préciser la valeur thérapeutique de la méthode en nous basant sur les observations que nous avons pu réunir et en poser les indications.

1° Résultats immédiats

Amélioration fonctionnelle. — Quand on applique le traitement par l'autosérathérapie aux malades porteurs d'épanchements pleuraux considérables, on observe, pendant les heures qui suivent l'injection, la diminution de la dyspnée et du point de côté et l'amélioration de l'état général. Ces phénomènes ne nous étonnent pas quand l'injection est suivie de résorption du liquide, mais ce qui nous paraît être plus intéressant, c'est qu'ils sont observés également dans les cas où l'autosérothérapie n'a exercé aucune influence sur le niveau du liquide. « Il est rare, écrit Tchigaëf, que les malades n'éprouvent aucune amélioration : la plupart ressentent un soulagement de la douleur et une diminution de la dyspnée avec amélioration de l'état général. »

Marcou, lui aussi, insiste sur ce fait intéressant : « Tous les malades accusent un bien-être énorme les heures qui ont suivi la piqûre, surtout ceux qui souffraient de dyspnée, suite d'un très gros épanchement ou d'un point de côté violent, au point que certains malades demandent une nouvelle piqûre. »

Résorption de l'exsudat. — Dans les cas favorables dès le lendemain on observe une diminution de l'épanchement ; puis chaque jour on assiste aux nouveaux progrès de ce processus.

La matité diminue progressivement, le murmure vésiculaire est mieux perçu, la respiration est plus facile et plus ample. Le cœur déplacé revient à sa place normale.

Enfin on assiste à une guérison complète qui survient (en moyenne) au bout de 4 à 10 jours d'après Gilbert, de 15 à 20 d'après Tchigaëf.

Cependant la guérison ne marche pas toujours d'une façon aussi régulière que nous l'avons décrit. Il arrive que la première injection est suivie d'un début de résorption ; puis dans les jours suivants on constate que le niveau de l'épanchement reste stationnaire, et sa disparition complète n'est obtenue qu'après un certain nombre d'injections (6 dans le cas de Schnütgen). Chez les autres malades on constate la résorption complète de l'exsudat, mais la matité et l'obscurité respiratoire persistent, traduisant l'épaississement de la plèvre avec la formation d'adhérences.

Nous trouvons aussi des observations assez nombreuses où l'autosérothérapie est restée sans aucune influence sur l'épanchement pleural.

La réalité de la disparition complète du liquide est établie non seulement pour des explorations cliniques mais aussi par des ponctions exploratrices et souvent par l'examen aux rayons X (Tchigaëf, Schnütgen).

Diurèse. — Tous les auteurs qui ont étudié la variation de la sécrétion rénale, chez le malade traité par l'autosérothérapie, ont noté la diurèse et la sudation qui suivent de près l'injection. Elles vont le plus souvent parallèlement avec l'abaissement de la température et la résorption de l'exsudat (Gilbert). Dans les cas favorables la diurèse s'établit presque immédiatement après la première injection et se maintient les jours suivants.

« Dans d'autres cas, dit Tchigaëf, la quantité d'urine était variable ; j'ai observé tantôt l'augmentation, tantôt la diminution ; après les injections renouvelées

j'ai noté de nouvelles oscillations et enfin la diurèse définitive s'établissait, suivie de la résorption de l'épanchement. »

La diurèse paraît à Audibert être « d'autant plus abondante et précoce qu'on opère plus près du début d'une pleurésie, que l'épanchement est plus considérable et que la maladie se résume toute dans une atteinte pleurable bien localisée ». Ce qui n'est pas absolu, car nous voyons que, dans les pleurésies avec tuberculose pulmonaire concomitante, l'autosérothérapie est souvent suivie d'une diurèse notable avec résorption rapide du liquide. Il est évident que l'intégrité du rein et du cœur est une condition indispensable.

Quant à l'intensité de la polyurie, les auteurs nous donnent des chiffres différents : la quantité d'urine augmente de 1 litre, 1 lit. 500 et même 2 litres dans les cas favorables (Tchigaëf, Enriquez, Schnütgen) : il y a également des observations où on ne voit pas de changement dans la quantité des urines ; il convient d'ajouter que ce sont presque toujours des cas d'insuccès ou avec résultats tardifs ou douteux. La diurèse nous paraît être un phénomène des plus importants : c'est un fait matériel qui nous montre d'une façon indiscutable que l'autosérothérapie exerce bien réellement une influence sur l'organisme du malade.

Pour la plupart des auteurs la diurèse marque le moment où commence la résorption.

D'après Tchigaëf et Marcou le poids du malade varie parallèlement à la polyurie ; quand celle-ci est abondante le malade peut perdre de 100 à 500 grammes par jour.

Nous regrettons que dans les observations complètes et bien documentées de certains auteurs, comme celles

de Mongour et Gentès, la diurèse soit passée sous silence. Nous le regrettons d'autant plus que ces notions importantes manquent surtout dans les cas négatifs, qui à l'heure actuelle doivent intéresser le plus tous ceux qui étudient la question de l'autosérothérapie.

La réaction thermique, déjà constatée par Gilbert et plus tard par Tchigaëf et Marcou, paraît être le moins constant des phénomènes observés. Gilbert note une élévation thermique de 1° à 2° qui se montre surtout chez les malades tuberculeux.

Cet auteur, de même que Landolfi, va même jusqu'à attribuer à cette élévation thermique une valeur diagnostique.

Par contre, Tchigaëf n'a observé à ce point de vue aucune différence entre les pleurésies tuberculeuses et non tuberculeuses. D'ailleurs l'élévation thermique ne dépasse guère, pour cet auteur, quelques dixièmes de degré.

2° Résultats éloignés

La marche ultérieure de la température, les jours qui suivent l'injection, est parallèle à la résorption du liquide.

Dans les cas graves, après une légère élévation réactionnelle, la température revient au niveau qu'elle occupait avant l'injection. Au contraire, si celle-ci a exercé son effet favorable sur l'épanchement, la température,

après quelques oscillations, s'abaisse progressivement et revient à la normale.

D'après Marcou, « déjà le lendemain matin la fièvre tombe de 1 degré, pour descendre ensuite très rapidement (5-10 jours) et graduellement à la normale. On a l'impression, d'après la courbe de température, que l'autosérothérapie a nettement arrêté la marche de la maladie ».

Influence sur la tuberculose concomitante. — L'autosérothérapie a eu pour point de départ les recherches de tuberculines dans les épanchements séreux des pleurétiques.

C'est à la suite des expériences de Debove et Renault sur les sérosités tuberculeuses que Gilbert a eu l'idée d'injecter aux tuberculeux porteurs d'un épanchement pleural le liquide retiré de leur plèvre.

Les auteurs qui après Gilbert ont repris l'étude de l'autosérothérapie voulaient voir dans cette méthode un traitement antituberculeux ; ils basent ces considérations sur la présence dans l'exsudat des anticorps et antitoxines, sur les propriétés agglutinantes et bactéricides de ces exsudats vis-à-vis du bacille de Koch.

On a cru que l'injection du liquide séreux agissait sur la cause de la maladie, sur le bacille lui-même et sur ses toxines.

Scarpa défendait l'idée de l'action spécifique des exsudats tuberculeux et citait des cas où la tuberculose pulmonaire était améliorée ou sa marche retardée à la suite de l'autosérothérapie.

Que peut-on en penser à l'heure actuelle ?

Il nous semble que la plupart des auteurs qui étudiaient la méthode de Gilbert sont d'accord pour admettre que l'autosérothérapie n'a aucune action

spécifique antituberculeuse. Cependant Gilbert admet « un pouvoir immunisateur avant que la tuberculose ne se soit déclarée ou lors de ses toutes premières manifestations ».

Pour Tchigaëf et pour Marcou, qui ont eu l'occasion de revoir leurs malades, l'injection n'exerce aucune action curative sur la tuberculose concomitante : ce traitement ne s'adresserait qu'à l'épanchement en tant qu'épanchement, et cela de quelque nature qu'il soit ; et les lésions pulmonaires, si elles existent, ne seraient ni améliorées, ni aggravées.

3° Innocuité

C'est en effet la question qui se pose immédiatement après la création de la méthode.

Gilbert, dans son premier rapport, insistait sur l'innocuité du nouveau traitement, et, pendant les 18 ans qu'il a appliqué systématiquement ce traitement, il n'est devenu que plus affirmatif à ce sujet.

Au IX[e] Congrès de Pirogoff à Moscou, Verugesky s'élève contre cette opinion. Il défend cette idée qu'il ne faut user qu'avec réserve des injections de Gilbert et de la possibilité d'une tuberculisation consécutive de l'organisme.

Au cours de discussions à ce sujet, Tchigaëf défend énergiquement la méthode de Gilbert comme absolument inoffensive.

Nous voyons ainsi que ces craintes ont été purement théoriques puisque, parmi de nombreuses observations, nous ne voyons aucun cas où l'injection du liquide

pleural aurait eu une influence fâcheuse sur la marche de la maladie, ou aurait causé des accidents de tuberculisation. Actuellement, les adversaires de la méthode affirment eux-mêmes sa complète innocuité.

4° Indications

Comme nous avons vu dans ce qui précède, la méthode de Gilbert a donné aux différents observateurs des résultats inégaux. Comment expliquer cette discordance ?

Pourquoi, dans une série de cas, une seule injection suffit à amener une résorption rapide de l'épanchement, tandis que dans d'autres il faut un grand nombre d'injections pour obtenir un résultat d'ailleurs incomplet et tardif ?

Ce qui nous frappe tout d'abord, c'est une grande différence dans les statistiques des auteurs : les uns, comme Gilbert, Tchigaëf, Marcou, Schnütgen ont des succès brillants ; les autres, Mongour et Gentès apportent 82 °/₀ d'insuccès.

Ni dans la technique employée par ces auteurs, ni dans les formes cliniques auxquelles ils ont appliqué les méthodes, nous ne trouvons de différences qui puissent nous expliquer ce désaccord.

Nous tâcherons donc de faire une analyse clinique aussi complète que nous le permettront les observations publiées. Et ainsi nous passerons en revue les différents points qui pouvaient influer sur les résultats : étiologie de la pleurésie, nature de l'épanchement, son abondance, moment d'intervention, quantité du liquide

injecté et nombre d'injections, état du cœur, du rein et de la plèvre.

Mais avant tout nous croyons important de préciser si, dans les cas favorables, la guérison est due réellement à l'autosérothérapie, si ce n'est pas là un fait de pure coïncidence.

Un certain nombre de résultats positifs concernent en effet des cas aigus qui, comme nous le savons, guérissent très bien sans traitement autre que le repos au lit. Cette objection a été faite maintes fois aux auteurs qui préconisent la méthode. Nous devons reconnaître que, dans un grand nombre des cas, on n'a rien à répondre, si ce n'est que la résorption est parfois vraiment très rapide (8 jours, 5 jours, avec durée totale de la maladie de 12 et 15 jours. Voir nos 38, 40, 56, 28, 17 de notre tableau).

Mais, par contre, nous trouvons une série d'autres observations qui sont tout à fait démonstratives. Tels les cas de Enriquez (voir nos 35, 36, 37), qui commence par mettre ses malades au lit et au lait pendant 10 à 15 jours. Si aucune tendance à la résorption ne se manifeste au bout de ce temps, il leur fait une piqûre de Gilbert et assiste à une disparition rapide de l'épanchement.

Des cas plus probants encore nous sont fournis par Boinet et Murel, ainsi qu'un cas de Mongour et Gentès. La pleurésie suit une marche essentiellement chronique, l'épanchement se renouvelle après des thoracocentèses répétées (3-4) ; une ou deux injections de liquide suffisent à le faire disparaître complètement (voir nos 20, 46, 47, 48, 49).

Force nous est donc d'admettre qu'il n'y a pas pure

coïncidence et que l'autosérothérapie y a joué quelque rôle.

Il est vrai que nous ne possédons qu'un nombre bien insuffisant d'observations et qu'à défaut d'une statistique considérable nous ne nous croyons pas en droit d'en tirer une conclusion bien ferme.

Étiologie de la pleurésie. — L'autosérothérapie a été appliquée au traitement de pleurésies de nature différente, à savoir : dans des pleurésies tuberculeuses, rhumatismale, pleurésie compliquant la fièvre typhoïde, pleurésie grippale, pleuropneumonie et hydrothorax même, ce qui constitue un cas tout à fait à part.

Hydrothorax. — Schnütgen, Marcou ont eu quelques cas de succès dans l'application de la méthode de Gilbert à l'hydrothorax. Malheureusement l'observation de Schnütgen (voir n° 24) est très incomplète, et Marcou ne donne aucune indication précise sur les malades de cet ordre. Gilbert considère l'hydrothorax comme réfractaire à l'autosérothérapie ; Tchigaëff se rallie complètement à cette opinion. Les deux cas d'insuccès publiés récemment par Oddo et Murel plaident dans le même sens.

Pleurésie inflammatoire. — Une grande distinction est ici à établir tout d'abord en : pleurésies de nature tuberculeuse et pleurésies non tuberculeuses. La plupart des auteurs en parlent, et, cependant il nous est très difficile d'en tirer des conclusions précises. Une première difficulté surgit, lorsque l'on veut classer les observations à ce point de vue : que doit-on entendre par pleurésie tuberculeuse ?

Les idées ont beaucoup changé avec le temps. A l'époque où Gilbert publiait son premier travail, « on admettait généralement que toute pleurésie droite est tuberculeuse ; on allait même plus loin, et la plupart des auteurs déclaraient que toute pleurésie ne survenant pas à la suite d'une pneumonie ou d'une maladie infectieuse devait être considérée dans l'immense majorité des cas comme de nature tuberculeuse ».

Ainsi dans le rapport de cet auteur au Congrès de Rome « il n'est question que de pleurésie tuberculeuse » ; ce qui ne prouve nullement qu'à l'heure actuelle ces cas auraient été considérés comme tels.

Dans les publications plus récentes, les auteurs cherchent à mieux préciser la nature des pleurésies. Voici la classification donnée par Mongour et Gentès :

I. — *Pleurésies expérimentalement reconnues tuberculeuses.* — « Dans cette catégorie, dit l'auteur, sont compris les seuls malades dont l'injection de liquide pleurétique a produit la tuberculose chez le cobaye.

II. — *Pleurésies avec tuberculose pulmonaire certaine* (bacilles de Koch dans les crachats).

III. — *Pleurésies avec tuberculose pulmonaire probable.* — Sous ce titre, l'auteur a groupé les pleurésies cliniquement reconnues tuberculeuses.

IV. — *Pleurésies ne paraissant pas pouvoir être rattachées à une tuberculose pulmonaire ou pleurale.*

Finalement ces auteurs concluent que «... les pleuré-

sies non tuberculeuses paraissent seules avoir bénéficié de la thérapeutique de Gilbert ».

Tchigaëf dit que les meilleurs résultats qu'il a obtenus se rapportent aux pleurésies non tuberculeuses, mais il n'indique pas sur quel critérium il base la distinction de la nature de la maladie. Et Marcou va jusqu'à affirmer que « l'épanchement moyen chez les malades porteurs de lésions tuberculeuses avancées paraît réfractaire à ce traitement ».

Pouvons-nous en conclure que la méthode de Gilbert ne convient pas et ne doit pas être tentée dans les cas de pleurésie de nature tuberculeuse ?

Nous ne le pensons pas. Parce que, à côté de nombreux insuccès dans les cas de cet ordre, nous avons pu réunir un nombre considérable de résultats positifs (voir nos 25, 26, 28, 32).

Donc nous croyons que les injections de Gilbert doivent être tentées dans les pleurésies tuberculeuses, mais ceci, nous devons le reconnaître, avec moins de chances de succès que dans les pleurésies d'autre nature.

Nature de l'épanchement.— Primitivement étudiée dans les cas de pleurésie séro-fibrineuse, la méthode de Gilbert fut appliquée plus tard avec des résultats absolument identiques aux épanchements hémorragiques (voir nos 15 et 43).

Quant aux épanchements purulents, ils constituent une contre-indication formelle à la méthode.

L'abondance de l'épanchement ne paraît avoir aucune influence sur les résultats donnés par l'autosérothérapie, au moins dans les cas de pleurésies non tuberculeuses.

Parmi les pleurésies tuberculeuses, ce sont les gros épanchements qui nous fournissent les meilleurs résultats. Les épanchements moyens, d'après Marcou, ne réagissent nullement à l'injection.

Moment de la ponction.— P. Courmont, dans ses travaux sur les épanchements pleuraux et sur l'autosérothérapie (on les trouvera résumés au chap. IV), attache une grande importance au moment où la méthode est appliquée. C'est même là qu'il pense avoir trouvé la clef de l'inégalité des résultats obtenus. Il croit la méthode surtout efficace et conseille de la pratiquer lorsque l'épanchement est en voie de résorption, pendant ce qu'il appelle la seconde période qui serait caractérisée par l'apparition dans le liquide pleural d'anticorps et d'antitoxines. Ce précepte, qui découle de considérations purement théoriques, est en contradiction formelle avec les conclusions des cliniciens. Gilbert, Schütgen, Marcou, Tchigaëf ont vu en effet leurs meilleurs résultats dans les cas récents et conseillent d'appliquer ce traitement tout au début, sitôt le diagnostic posé, par conséquent à la période où d'après Courmont le liquide pleural serait anaphylactisant (Voir nos 24, 30, 32, 33 et autres).

Persuadée que c'est à l'analyse clinique qu'appartient le dernier mot en pareille matière, nous n'hésitons pas à conclure avec la plupart des auteurs que c'est au début des pleurésies qu'on a le plus à espérer de cette méthode. Cependant, comme ce sont les pleurésies anciennes qui préoccupent le plus le médecin, demandons-nous ce que donne la méthode dans ces cas ? Nous avons déjà parlé de ces épanchements chroniques, rebelles à tout traitement, se reformant après thoracocentèses et guéris par la méthode de Gilbert.

Cela suffit, pensons-nous, pour essayer ce traitement dans ces cas qui constituent un véritable désespoir pour le praticien.

Nombre d'injections et quantités injectées. — Un coup d'œil jeté sur notre tableau suffit pour remarquer que si l'autosérothérapie donne quelques résultats, c'est après la première ou la deuxième injection que ceux-ci se manifestent ; si l'on se voit obligé de multiplier les piqûres, la guérison sera tardive, douteuse, incomplète, ou bien l'effet sera nul.

La quantité injectée chaque fois ne paraît avoir aucune influence sur le résultat ; mais il est absolument inutile de dépasser la deuxième.

Audibert conseille « de s'abstenir lorsqu'une ou deux piqûres n'auront produit aucun effet ».

Il est évident que le traitement peut et doit être continué, si, après un abaissement notable du niveau du liquide amené par les premières piqûres, la résorption traîne ou s'arrête (Tchigaëf).

Etat du rein, du cœur et de la plèvre. — Il est évident que l'état général de l'organisme et le bon fonctionnement des organes aussi importants que le rein et le cœur jouent un rôle prépondérant dans la réussite de l'autosérothérapie, comme c'est d'ailleurs le cas pour tout autre traitement.

Parmi les phénomènes provoqués par l'injection, le plus important est certainement la diurèse. C'est même le seul pour Le Play et pour Audibert.

Il est facile à comprendre que cette diurèse ne s'établit pas si le rein fonctionne mal, que ce soit par lésion pri-

mitive de cet organe ou par trouble circulatoire (asystolie, rein cardiaque).

Si avec Gilbert, Courmont, Gaultier, Tchigaëf nous admettons que l'autosérothérapie agit en augmentant les moyens de défense de l'organisme, l'état général et l'intégrité des émonctoires nous apparaîtront comme des facteurs de première importance.

Pour que la résorption se fasse bien, il faut de toute nécessité que la plèvre soit perméable. Une séreuse épaissie, déformée par les adhérences, est peu apte à effectuer le travail de résorption. Ceci explique le grand nombre d'insuccès dans les pleurésies anciennes.

D'ailleurs ces considérations trouveront mieux leur place au chapitre de physiologie pathologique, car nous ne possédons aucun moyen pour examiner directement et cliniquement la perméabilité pleurale. Nous n'en jugeons que par la marche de la résorption de l'exsudat, sa durée — question dont nous avons déjà parlé.

CHAPITRE V

ÉTUDE CLINIQUE DE LA PONCTION MINIME

On pourra définir la ponction minime : soustraction d'une faible quantité de liquide épanché dans la plèvre. Mais quelle est cette faible quantité ? Sur 7 observations que nous possédons, 6 fois cette quantité a été de 10 à 20 cc., dans un cas c'était 60 cc.

Par ce traitement on se propose, sans évacuer le liquide, d'en activer la résorption et de permettre ainsi à l'exsudat d'exercer son rôle utile, si réellement il en possédait un.

Au lieu d'une évacuation artificielle brusque par thoracentèse, on recherche ici une résorption spontanée et rapide. Le but est-il réellement atteint par la nouvelle méthode.

Sur 7 cas dont nous possédons les observations, 6 se sont terminés par la guérison. Il s'agit de sujets de bonne santé habituelle, sans lésions tuberculeuses

des poumons, sans aucune tare héréditaire ni personnelle (sauf un malade syphilitique). C'étaient enfin des pleurésies relativement récentes, aiguës, à évolution franche, celles par conséquent qui guérissent le mieux d'une façon spontanée. Devons-nous invoquer la ponction pour expliquer la guérison de tous ces cas? Ici il faut faire une distinction. Dans l'observation I, la dyspnée allait en augmentant ; nous sommes en droit d'en conclure que l'épanchement avait suivi une marche ascendante jusqu'au moment de la ponction ; celle-ci paraît avoir nettement amorcé la résorption. Dans l'observation II, le liquide reste stationnaire 3 jours et diminue rapidement après la ponction. Dans les autres cas, où nous ne savons pas à quel moment précis la ponction a été faite, nous ne pouvons pas nous prononcer sur l'efficacité du traitement.

En tout cas, un fait constant se dégage de toutes les observations. C'est une amélioration fonctionnelle très nette qui se manifeste aussitôt après la ponction. Le point de côté disparaît, le malade respire mieux, il retrouve le sommeil. Notons l'analogie de ces phénomènes avec les suites immédiates de l'autosérothérapie ; mais ici pas de réaction thermique, pas de polyurie caractéristique, de méthode de Gilbert.

Que peut-on attendre de cette méthode? Dans la majorité des cas une amélioration de l'état du malade. Peut-être la résorption elle-même serait-elle amorcée ou activée, ce dont l'Obs. I nous donne un bon exemple.

Remarquons que la ponction, absolument inoffensive, nous laisse toujours libre de recourir secondairement à la thoracocentèse, ainsi qu'aux moyens médicaux habituels.

On pourrait donc tenter une petite évacuation du liquide de 20 à 50 cc. « pour parer aux premiers accidents ou bien pour amener la résorption de l'épanchement » (Gaussel).

CHAPITRE VI

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

La pathologie et le rôle des exsudats, ainsi que les propriétés humorales des liquides séreux, ont été l'objet de nombreuses études bien avant la création de l'autosérothérapie et tout à fait indépendamment de cette méthode.

On a étudié : 1° le rôle physique ou mécanique de l'épanchement ; 2° ses propriétés biologiques.

Nous connaissons le rôle mécanique important attribué à l'épanchement, vis-à-vis du poumon sous-jacent et de la plèvre elle-même. Isolant les feuillets pleuraux, il prévient la formation d'adhérences. Dans la tuberculose pulmonaire, l'épanchement refoule, comprime et immobilise le poumon et le met ainsi dans de bonnes conditions pour la guérison. L'importance de ce repos relatif du poumon est telle que, dans certains cas de tuberculose, on cherche à créer artificiellement des con-

ditions identiques. C'est le principe du pneumothorax artificiel de Forlanini.

On estime aussi que les pleurésies à épanchement abondant sont d'un pronostic plus favorable (Palasse).

L'étude des anticorps des liquides séreux est due surtout à P. Courmont. Cet auteur a vu que le bacille de Koch pousse mal ou pas du tout sur le liquide séreux de nature tuberculeuse, tandis que les exsudats d'autre nature lui constituent un bon milieu de culture.

D'autre part ce liquide agglutine la culture de bacille de Koch. Ce pouvoir bactéricide et agglutinant est d'autant plus prononcé que la pleurésie est moins grave et plus proche de la guérison.

Courmont défend cette idée que « ces propriétés humorales des séreuses ne sont pas les mêmes que celles du sérum sanguin, qu'elles n'en dérivent pas mécaniquement par une sorte de filtration, mais qu'au contraire les séreusès ont un rôle actif, spécial, agissent pour leur propre compte, sécrètent en quelque sorte des produits de défense spéciaux, ou dans des proportions spéciales, et non dans un rapport direct avec l'existence ou la quantité de ces mêmes substances dans le torrent sanguin. C'est ainsi que le liquide pleural pourra être agglutinant alors que le sérum sanguin ne le sera pas ».

La *toxicité* des exsudats a été découverte par Courmont au cours de ses recherches sur l'immunité. Cet auteur a établi que tous les liquides séreux sont toxiques pour le cobaye, que les tuberculeux le sont plus que les autres. De plus, ces liquides sont anaphylactisants. « Alors qu'un cobaye supporte sans accidents d'intoxication une dose de 20 à 30 cc. en une fois, il meurt en quelques jours par des injections quotidiennes de 1 cc., avec un total de quelques centimètres

cubes. ». L'auteur ajoute que ces expériences ne sont pas directement applicables à l'homme porteur de la pleurésie, qui résorberait son liquide pleural de toute autre façon. Ce liquide perdrait ses propriétés dangereuses pour devenir au contraire défensif et antitoxique à la deuxième période, où l'épanchement est en voie de résorption. Nous trouverons plus loin les conclusions pratiques importantes qu'en tire l'auteur.

Frouin a voulu expliquer ces transformations par le développement, dans la plèvre, sous l'influence de « produits toxiques autres que la tuberculine, d'un état anti-anaphylactisant secondaire ».

Telles sont brièvement résumées nos connaissances actuelles sur la physiologie normale et pathologique des séreuses.

Voyons maintenant comment ces notions ont été appliquées à l'explication du mode d'action du traitement de Gilbert et de la ponction minime.

Ces deux méthodes ont ceci de commun que, dans l'une comme dans l'autre, on retire de la plèvre une faible quantité de liquide; mais, tandis que la ponction minime se résume toute entière dans cette soustraction, l'autosérothérapie y ajoute l'introduction de ce liquide sous la peau du malade.

Nous avons vu au chapitre précédent que la ponction minime, comme la ponction évacuatrice, ne reste pas sans influencer l'état du malade. On ne peut guère admettre ici qu'une action purement mécanique de décompression de la plèvre, du dégagement des lymphatiques efférentes, notions encore vagues et entièrement à l'étude, comme d'ailleurs tout ce qui concerne le pouvoir d'absorption de la plèvre et des autres séreuses.

Peut-être pourrait-on invoquer ici l'influence de la

simple piqûre de la plèvre, point de départ d'un réflexe.

Quant à l'autosérothérapie, elle agirait peut-être aussi par décompression, quoique la quantité de liquide retiré soit ici absolument insignifiante, mais c'est surtout aux propriétés biologiques de l'exsudat que font allusion les auteurs qui cherchent à élucider le mode d'action de ce traitement. Ce rôle biologique serait d'ailleurs le même, qu'il s'agisse d'un épanchement de la plèvre ou de la grande séreuse abdominale.

Le liquide introduit dans le tissu cellulaire sous-cutané, et par suite dans le torrent circulatoire, exercerait son action non plus sur la plèvre elle-même, mais sur les humeurs de l'organisme. Cette action elle-même est différemment comprise par les auteurs.

Audibert « ne voit pas autre chose dans la plasmothérapie qu'une polyurie provoquée ». Le Play est d'un avis semblable. On conçoit facilement qu'une diurèse active favorise la résorption de l'exsudat, puisque le traitement médical des épanchements est en somme un traitement diurétique. Mais en vertu de quel mécanisme l'injection hypodermique de 1 à 2 cc. de l'exsudat pleural ou péritonéal amène-t-elle cette diurèse salutaire ?

Pour Audibert, « le plasma épanché dans une séreuse est par rapport au sérum sanguin un liquide hypertonique, un liquide capable de déclancher la diurèse ». L'action des piqûres de Gilbert devient ainsi en tout semblable à celle d'urée, de lactose, de glucose, de chlorure de sodium en injection sous-cutanée.

Pour Gilbert, au lieu d'être la cause de la guérison, la diurèse « ne serait plus qu'une conséquence, une sorte de phénomène critique, indice de guérison semblable à celui qu'on observe assez fréquemment à la période de résolution de la pleurésie ».

Pour Courmont, l'autosérothérapie agit en introduisant dans le torrent circulatoire les anticorps et antitoxines spécifiques, distincts de ceux qui se trouvent dans le sang ; elle augmente ainsi les moyens de défense de l'organisme. C'est à la deuxième période que, selon cet auteur, la méthode devrait donner de meilleurs résultats, puisque c'est à ce moment que le sérum serait « le mieux fourni en substances utiles », tandis que, durant la première période, l'injection serait inutile et pourrait même devenir dangereuse. Nous avons vu quel était le point de départ théorique de ces conseils et ce qu'il fallait en penser en se plaçant à un point de vue purement clinique.

Gilbert, qui lors de ses premiers essais croyait aux propriétés spécifiques du sérum (c'est même de cette conception qu'est née, nous l'avons vu, la méthode qui porte son nom), arrive dans sa dernière publication à repousser cette idée de l'action spécifique pour invoquer « un appel leucocytaire intense qui, par son apport plus considérable d'alexine dans un milieu riche en sensibilisatrice, entrave, arrête la marche du processus infectieux en augmentant les moyens naturels de défense de l'organisme ».

Tels sont les différents mécanismes invoqués. Nous pensons que l'heure n'est pas encore arrivée pour se prononcer sur cette question. Ce n'est que par des études de laboratoire, par une expérimentation sur les animaux spécialement dirigée en vue d'élucider ce problème, que l'on pourra peut-être, à un moment plus ou moins éloigné de nous, jeter quelque lumière sur ces questions si complexes et si importantes. On verra alors quelle part il faut attribuer à chacune de ces théories.

CONCLUSIONS

L'*autosérothérapie* et la *ponction minime* visent toutes les deux le traitement des pleurésies avec épanchement. La première, créée en 1894, a été l'objet de publications relativement assez nombreuses en France et à l'étranger. La seconde, depuis très longtemps utilisée comme méthode d'exploration, n'a été, à notre connaissance, appliquée comme méthode de traitement qu'à un nombre de cas très restreint.

Les deux méthodes, d'application fort *simple*, sont absolument *inoffensives*.

A la suite de ces deux ordres de ponctions on constate des phénomènes, dont les uns leur sont communs et dont d'autres n'appartiennent qu'à la piqûre de Gilbert.

Parmi les suites communes, notons :

1° Une *amélioration fonctionnelle* qui ne manque qu'exceptionnellement : cessation de la dyspnée, disparition du point de côté.

2° La *résorption* plus ou moins rapide de l'exsudat qui dans un certain nombre de cas doit être mise sur le compte de l'intervention ; elle est loin d'être constante. Dans les pleurésies aiguës cette résorption a été souvent

très rapide ; mais dans ces maladies à guérison spontanée si fréquente, il est difficile de se prononcer sur l'efficacité d'un traitement. Sans vouloir rien affirmer, nous pensons que la ponction a, dans un grand nombre de cas, sinon provoqué, du moins accéléré la résorption.

Quant aux formes chroniques, nous possédons des observations, rares, il est vrai, mais qui prouvent bien que l'autosérothérapie a une efficacité réelle.

Quant à la ponction minime, nous n'avons pas des cas chroniques dans les observations que nous possédons.

Nous ne perdons pas de vue les résultats négatifs qui sont beaucoup plus fréquents.

En ce qui concerne *la différence* entre les deux méthodes, la piqûre de Gilbert est suivie :

1° D'une *diurèse* (avec sudation) dont l'abondance est variable, mais qui paraît être la note dominante de ce mode de traitement.

2° D'une *élévation thermique* passagère assez fréquente, variable également, mais qui traduit bien une action plus ou moins profonde sur l'organisme tout entier.

3° Quelquefois d'un *abaissement* progressif de la température jusqu'à la normale.

Aucun de ces phénomènes n'a été jusqu'ici observé à la suite de la ponction minime.

Le *mode d'action* de ces traitements est peu élucidé :

1° *Action mécanique* de décompression qui amorcerait la résorption pour ce qui concerne la ponction minime et peut-être aussi l'autosérothérapie.

2° Dans cette dernière interviendraient surtout les propriétés *diurétiques* et le pouvoir *antibactérien* et *antitoxinique*, spécifique ou non, du liquide injecté.

Les *indications* des deux méthodes, d'ailleurs peu précises, sont sensiblement les mêmes :

1° *Pleurésies aiguës*, tuberculeuses ou non, à épanchements séreux ou hémorragiques et à toutes les périodes de leur évolution.

2° *Pleurésies chroniques* à marche torpide.

L'*hydrothorax* et, ce qui va sans dire, les épanchements *purulents* sont réfractaires au traitement de Gilbert ; la ponction minime n'y a pas été appliquée.

Quand la pleurésie apparaît chez un sujet porteur de *lésions tuberculeuses* du poumon, celles-ci ne sont nullement améliorées par l'autosérothérapie.

Les *conditions idéales* pour l'application de cette dernière méthode sont : début de pleurésie aiguë non tuberculeuse à épanchement abondant (qu'il soit séreux ou hémorragique), chez un sujet bien portant dont le cœur et le rein fonctionnent bien. Remarquons que c'est dans ces cas que la guérison spontanée survient dans l'immense majorité des cas.

Cependant la méthode de Gilbert paraît avoir été très efficace dans quelques cas de pleurésie séro-fibrineuse ancienne ayant résisté à d'autres traitements.

Nous jugeons utile de *tenter* l'un de ces traitements dans tous les cas cas d'épanchements pleuraux inflammatoires non purulents, sans préjudice d'ailleurs des autres traitements habituels (repos au lit, régime lacté, diurétiques, applications locales). Souvent la guérison s'ensuivra.

Même si la thoracentèse d'*urgence* paraît s'imposer, on fera bien d'essayer d'abord la ponction, soit simple, soit suivie d'injection sous-cutanée de liquide retiré, quitte à recourir, si celles-ci échouent, à la ponction évacuatrice. Il est évident que ce raisonnement n'est

applicable qu'aux malades que le médecin pourra suivre de près, ce qui malheureusement n'est pas souvent pour la clientèle de campagne.

Dans les cas où les traitements qui nous occupent n'auront aucun effet sur la résorption de l'exsudat, on comptera toujours sur eux pour *soulager* le malade, ce qui, évidemment, n'est jamais à dédaigner.

Quant à la *valeur comparée* de ces deux modes de traitement, c'est l'autosérathérapie dont l'action nous apparaît comme plus profonde et plus manifeste. C'est elle que nous préférerions.

BIBLIOGRAPHIE

Audibert. — La plasmothérapie des épanchements séreux (Journ. médical français, n° 11, 1910).

Audibert et Monges. — Presse médicale, 1910.

Bouquet. — L'autosérothérapie des épanchements (Monde méd., 1910, p. 749).

Billet et Bressot. — Société médicale militaire française (Presse méd., 1910, p. 324).

Barjon. — Société médicale des hôpitaux de Lyon, n° 16, 1910.

Boinet et Murel. — Marseille médical, 15 mars 1910.

Baccari. — Rivista clinica terapeutica, 1904, p. 469.

Breton. — Gazette des hôpitaux, n^{os} 25 et 27, 1899.

Brodowsvy. — Revue thérapeutique d'Odessa, n° 7, 1910 (Münchn. medicinische Wochenschrift).

Costa. — Giornale internazionale delle scienze medicale, t. II, 1907.

Ciauri. — Giornale medicale del brocitta, 1907.

Courmont (P.). — Presse médicale, 1905 et 1908.

— Toxicité des exsudats séreux (Archives de pharmacodynamie, 1900, p. 283, 295).

— Province médicale, 22 juin 1907.

— Société médicale des hôpitaux de Lyon, 26 mai 1907.

— Propriété humorale des épanchements des séreuses (Journ. méd. français, n° 11, 1910).

Cros. — Presse médicale, 1910.

Donzelo. — Gazetta degli ospedali e delle cliniche, 1903.

Damany. — Étude pathogénique des épanchements pleurétiques (Congrès de Paris, 1900).

Enriquez. — Société médicale des hôpitaux de Paris, 1903.

Enriquez, Durand et Weil. — Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris, p. 1134, 1909.

Fontana. — Clinica medicale italiano (Milano, 1908).

Fede. — La Riforma medica, n° 48, 1906.

Gaussel. — Traitement de la pleurésie séro-fibrineuse par l'évacuation d'une petite quantité de l'épanchement (Revue internationale de médecine et chirurgie, n° 6, 1911).

Geronzi. — Medicina italiana, février 1906.

Gilbert. — Congrès de médecine de Rome *in* Gazette des hôpitaux, n^os^ 60, 72, 1894.

— Revue médicale de la Suisse romande, 1910.

Gaehlinger. — Nord méd., n° 15, 1910.

Gaultier. — Bulletin général de thérapeutique, 1909.

Hautefeuille. — Société médicale d'Amiens, 3 novembre 1909.

Hochhaus. — Deutsche medicinische Wochenschrift, 1908, n° 42.

Jeunet. — Gazette médicale de Picardie, n° 11, 1909.

Jona. — Gazetta d'ospedale et dei clinica, n° 73, 1907.

Jovane. — La Pediatria, n° 11, 1905.

Landolfi. — Riforma medica, n° 90, 1904.

Lévy-Valensi et Mlle Pouzin. — Société médicale des hôpitaux de Paris, 11 mars 1910.

Le Play. — Bull. méd., 1910.

Maillet. — Gazette des hôpitaux, 23 mars 1911.

Maragliano. — Gazetta degli ospedali e delle cliniche. 1903, p. 730.

Marcou. — Presse médicale, n° 71, 1909.

Mongour et Gentès. — Congrès intern. de médecine de Paris, 1900.

Nasetti. — Riforma medica, n° 39, 1908.

Oddo et Murel. — Marseille médical, 1910.

Palasse. — Valeur pronostique de l'épanchement dans la pleurésie séro-fibrineuse (Thèse de Lyon, 1905).

Roger et Anglada. — Montpellier médical, 1911.

Rossi-Gabarini. — Gazetta degli ospedali et delle cliniche, 1901.

Schnütgen. — Berliner klinische Wochenschrift, 1909.

Szurek. — Przgland lekarsky, 17 et 27 juillet 1909 (Roussky Wratch, 1909).

Signorino. — Giornale internazionale dei scienze medicale (Napoli, 1918, p. 205-215).

Tchigaef. — Roussky Wratch, n° 51, 1910.

— Roussky medicinsky viestnik, 1902.

Verugesky. — Journal de médecine militaire, 1904.

Valenti. — Clinica medicale dal Milano, 1909, p. 563, 578.

Weil et Mauriquand. — Société médicale des hôpitaux de Lyon, janvier 1910.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 16 juin 1911.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
G. MASSOL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 16 juin 1911.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!